



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

El diagnóstico social como herramienta fundamental en la evolución de las personas que padecen un trastorno de salud de mental.

The social diagnosis as a fundamental tool in the evolution of people with a mental health disorder.

Autoras

Ivana Buzzi Rozalén

Iris Martín Mata

Directora

Bárbara Oliván Blázquez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
Año 2019

Resumen

Dentro del presente trabajo se pretende analizar la repercusión del diagnóstico social en el ámbito de la salud mental, con el objetivo de conocer la importancia de este en la evolución de las personas que padecen enfermedades de salud mental. Para la elaboración del mismo se realizó inicialmente un recorrido teórico entre la salud mental, el trabajo social y el diagnóstico social, con ello se desarrolló una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas e historias de vida que posteriormente se analizaron con el fin de resolver las hipótesis planteadas. Esto dio como resultados la confirmación de dos hipótesis y tres hipótesis sin verificar, además de corroborar que el diagnóstico social es una herramienta fundamental dentro del trabajo social.

Palabras clave

Enfermedad mental, diagnóstico social, investigación cualitativa, historias de vida, Trabajo Social.

Abstract

This dissertation analyses the impact of social diagnosis on mental health, with the aim of examining its significance in the progression of people's mental illnesses. The introductory section provides a theoretical framework about mental health, social work, social diagnosis, and the ties between them. This analysis led to qualitative research such as semi-structures interviews or life stories. Finally, a critical analysis of this research led to three unverified and two confirmed hypotheses. This work also confirms the relevance of social diagnosis as a tool within social work.

Keywords

Mental disease, social diagnosis, qualitative research, life stories, Social Work.

Contenido

Introducción	1
Justificación	1
Objetivos	3
General	3
Específicos - las categorías	3
Hipótesis.....	3
Marco teórico	4
Salud Mental en Trabajo Social	4
El diagnóstico social	5
El diagnóstico en distintas disciplinas	7
Evolución en la definición de diagnóstico social	7
Metodología	9
Entrevistas abiertas semiestructuradas	9
Análisis de historias de vida	12
Resultados	13
Análisis de las entrevistas semiestructuradas a profesionales	13
Concepto de diagnóstico social.....	13
Importancia del diagnóstico social en la evolución de los casos	14
Funcionamiento del diagnóstico social según el centro	15
Metodología de trabajo y su relación con el diagnóstico social	16
Percepción de utilidad del diagnóstico desde los profesionales	18
Análisis de las historias de vida	20
Usuaría 1	20
Usuario 2	23
Conclusiones	27

Verificación de las hipótesis	27
Limitaciones del estudio.....	29
Fortalezas del estudio	29
Bibliografía y webgrafía.....	30
Anexos.....	32
Anexo 1: Guiones de entrevistas realizadas.....	32

Índice de Tablas

Tabla 1. Resumen de los entrevistados.....	10
Tabla 2. Resumen de categorías de información de las entrevistas.	11

Introducción

Para la contextualización de la temática en la que va a consistir el siguiente trabajo creemos oportuno establecer la primera definición del Diagnóstico Social como herramienta de atención del Trabajo Social.

“El diagnóstico social es un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas.” (Richmond, M. en Idáñez, M., Ander-Egg, E. 2001)

1

Se habla de la importancia del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental, ya que como se puede afirmar el Trabajo Social es la disciplina que se encarga de trabajar el entorno y la propia persona, mediante una intervención directa. Se pretende reflejar de forma muy cercana los hitos que existen entre el Trabajo Social y la Salud Mental, mediante lo que se conoce a través de la experiencia entre diferentes profesionales y recursos.

Por ello, la presente investigación cuenta con información teórica extraída por medio de una revisión bibliográfica del concepto de diagnóstico social, mediante la cual se pretende reforzar la parte práctica de este trabajo que cuenta con dos análisis prácticos, uno realizado a través de entrevistas a profesionales, y el otro a partir de la realización de historias de vida de usuarios del Trabajo Social que padecen una enfermedad de salud mental, dentro de esta herramienta se tiene en cuenta el desarrollo de la persona y de su entorno con el condicionante de la enfermedad pero con el apoyo del Trabajo Social.

Los resultados obtenidos en base a esta investigación pretenden reforzar el papel del Trabajador/a Social en la Salud Mental, como profesionales del cambio, el compromiso fundamental que debe adquirir cualquier profesional que pretenda desarrollar su labor en el ámbito de la salud mental tiene que estar comprometido con el conocimiento y el desarrollo de la persona que padece una enfermedad mental y del entorno que se incluye dentro de ella. Mediante esta adquisición de compromisos el Trabajo Social, adquiere dimensiones más relevantes dentro de este ámbito.

Justificación

La necesidad de realizar esta investigación en torno al trabajo social en el ámbito de la salud mental, surge al encontrar barreras en el desempeño de la labor propia del trabajador/a social al realizar el prácticum de intervención del grado universitario de Trabajo Social. La inquietud por conocer más información sobre la relación del trabajo social y la salud mental, y a su vez, la reivindicación del papel de la figura del trabajador/a social en este ámbito fueron la motivación para comenzar a investigar.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como

“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, 2013)

2

Entendiendo entonces que la salud tiene que ver con el individuo y sus propias capacidades, pero también con su vida, es decir con su familia y entorno, además de la comunidad en la que reside. Es por esto que el trabajo social tiene que abordar la salud desde diversos campos de actuación, que se recogerán dentro del diagnóstico social unificándolos.

“El diagnóstico es una forma de utilizar los resultados de una investigación aplicada de cara a la acción. En él la información debe organizarse y sistematizarse de tal manera que sirva para las tareas de programación y como información básica para seleccionar la estrategia de acción más apropiada” (Aguilar, 2013)

A partir del desconocimiento del ámbito de salud mental y las dudas suscitadas en las prácticas universitarias, se comienza una investigación para comprender cómo funciona el Trabajo Social en la Salud Mental, concretamente el uso del diagnóstico social.

Como principal referencia en el desarrollo del marco teórico del trabajo se encuentra a Mary Richmond.

“El primer libro metodológico de trabajo social publicado en la historia tiene el título de Social Diagnosis y fue escrito por Mary E. Richmond en 1917” (Aguilar, 2013)

Con la idea del argumento del trabajo ya formulada, se presentó la necesidad de realizar una revisión bibliográfica de la salud mental en el Trabajo Social, así como también del concepto a explorar, el diagnóstico social, como herramienta de planificación en la intervención, para dar solución a las necesidades sociales en el ámbito de la salud mental que por tanto lleva a una equiparación del diagnóstico social al diagnóstico clínico en lo que el entorno y desarrollo del propio paciente- usuario se refiere.

Por ello, se realizó una investigación de carácter cualitativo y exploratorio que fue dividida en dos partes. La primera parte consta de entrevistas abiertas semiestructuradas de carácter cualitativo para la profundización del concepto del diagnóstico y para conocer las aportaciones que tiene en la intervención con personas que padecen enfermedades salud mental. Las entrevistas, que fueron posteriormente analizadas, presentan la realidad del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.

Por otro lado, se completó el análisis cualitativo mediante historias de vida de pacientes de salud mental que han mantenido un recorrido en Servicios Sociales, destacando los hitos importantes en la vida de dichas personas en el ámbito del trabajo social, y analizando la posibilidad de intervención en momentos en los que no existió y pudo ser necesaria.

Objetivos

Este trabajo se plantea los siguientes objetivos.

General

Conocer la importancia del diagnóstico social en la evolución de las personas que padecen enfermedades de salud mental.

3

Específicos - las categorías

1. Definir el concepto y la importancia del diagnóstico social.
2. Analizar el funcionamiento del diagnóstico social en distintos centros.
3. Conocer formas diferentes de metodología del diagnóstico social.
4. Entender las distintas percepciones del diagnóstico social por los distintos profesionales.
5. Ejemplificar mediante historias de casos la importancia del diagnóstico social.

Hipótesis

Las hipótesis vinculadas a los objetivos planteados son las siguientes:

1. El diagnóstico social es fundamental para una buena praxis de los trabajadores sociales
2. El diagnóstico social no se realiza en todos los centros, ya que hay ámbitos de trabajo más centrados en el diagnóstico clínico.
3. El diagnóstico social es una herramienta de intervención más que de planificación, no existe un método concreto para realizarlo.
4. El diagnóstico social está infravalorado por parte de otros profesionales del equipo multidisciplinar.
5. El diagnóstico social puede ser decisivo en la evolución de las personas que padecen una enfermedad mental para su adaptación y calidad de vida.

Marco teórico

La metodología utilizada en el marco teórico, se basa en una revisión bibliográfica del concepto de Diagnóstico Social y la multidisciplinariedad dentro de la salud Mental, además de la interrelación existente entre la Salud Mental y el Trabajo Social.

4

Se emplearon buscadores y bases de datos como Google Académico, y catálogos como Zaguán y Roble de la Universidad de Zaragoza. También se utilizaron las siguientes palabras clave: “diagnóstico social”, “salud mental”, “diagnóstico clínico”, “trabajo social”, “intervención”, y sus traducciones al inglés: “*social diagnosis*”, “*mental health*”, “*diagnosis*”, “*social work*”, “*intervention*”.

Salud Mental en Trabajo Social

Según Garcés (2015) el desarrollo de la asistencia psiquiátrica ha marcado la evolución del Trabajo Social en salud mental. Esto se debe a que, aunque en un principio no estaba clara la figura del asistente social, estos fueron aprendiendo a identificar problemáticas y comenzar a marcar la intervención terapéutica.

En base a la regularización de la Ley General de Sanidad de 1986 y la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud en su Constitución se crea el marco normativo que se utilizó para la reforma psiquiátrica en España.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948)

Según esta misma autora (Garcés, 2015) en 2006 se regula una cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud a través del Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, donde se aclaran las prestaciones y la cartera de servicios de salud mental. Además, también en 2006 la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad crea la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud la cual sirve para unificar y coordinar los planes y programas de salud mental del país.

Como dice Barg (2006) la salud mental es parte de la salud integral de las personas por lo que se enfoca de manera más amplia que la enfermedad mental en sí y su tratamiento clínico, por esto, en la práctica, el trabajador social que trabaja junto a otros profesionales, tendrá que intentar integrar las distintas disciplinas.

Según Miranda y Garcés (1998) “*el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada*”, siendo una forma de Trabajo Social especializada en tratar dificultades de carácter psicosocial. Los Servicios de Salud Mental realizan este trabajo combinando aspectos psicoterapéuticos personales junto con intervenciones sociales. Es por lo tanto un Trabajo Social que conecta la experiencia biológica, psicológica y social del individuo para crear una intervención clínica. Se tendría en cuenta el contexto social dentro de la faceta clínica, para modificar problemas individuales o familiares, siguiendo a Garcés (2015).

La salud mental es un campo de intervención interdisciplinar, como afirma García (2004), donde el trabajo en equipo ofrece integración, coherencia y articulación. Esta interdisciplinariedad es una puesta en común del modelo de trabajo, el método que se desarrolla y la forma de aplicar conocimientos y técnicas, que consigue entender y abordar una problemática determinada

Los trabajadores sociales nos encontramos dentro de un equipo interdisciplinario, donde todos los profesionales tienen un objetivo común, donde son iguales a la hora de realizar sus aportaciones, aunque la información que se añada y la intervención que se proponga sea distinta. Cada uno con la capacidad propia de organizar y las actuaciones conforme a las prioridades de la problemática (Garcés, 2015).

El diagnóstico social

Mary Richmond formula por primera vez en 1917 los elementos del diagnóstico social como herramienta fundamental en el ejercicio de los profesionales del trabajo social. En su obra “Social Diagnosis” establece qué y cómo se tiene que realizar un diagnóstico social, a la vez que dicta la unión de la disciplina, el Trabajo Social, con su herramienta fundamental para la intervención, el Diagnóstico Social. La obra se encuentra dividida en cinco partes, en las que se propone como términos más importantes; “diagnóstico”, “testigos”, “evidencias” y “hechos”. (Richmond, 1917)

Aguilar y Ander Egg (1999), en el intento de explicación de la obra de Richmond, se define el diagnóstico social como “Conocer para actuar”, rige fundamentalmente la necesidad de obtener un diagnóstico mediante las entrevistas con el paciente para así poder actuar con eficacia. El diagnóstico social se presentaría como fundamental a la hora del proceso de intervención social.

“El diagnóstico social como nexo o bisagra entre la investigación y la programación” (Ander Egg y Aguilar 1999).

Se habla por lo tanto de un nexo de unión entre la teoría y la práctica en la atención de los usuarios. Da la solución a conocer cuáles son los problemas, el contexto en el que se forma la situación que ha derivado a la persona a venir, los recursos y medios disponibles, el futuro previsible, las decisiones más inmediatas que hay que tomar a la hora de decidir prioridades y estrategias y los factores que marcan la viabilidad y la factibilidad.

Se trata de una herramienta abierta, es decir, que está en continua actualización, ya que mediante los nuevos ajustes, las nuevas relaciones, el cambio en la sociedad y las nuevas tecnologías no ha dejado de ser un continuo cambio que se ha dejado complementar según las necesidades sociales básicas de cada momento, no se puede afirmar la idea de tener un diagnóstico social completo que sirva para más de un individuo, ya que constantemente se están dando cambios en la sociedad y en la forma en la que vivimos e interactuamos con el ambiente.

Está presente durante todas las fases de la intervención, en la investigación, la planificación, ejecución y en la evaluación. El diagnóstico nos ayuda a conocer la situación que se da, la posibilidad que existe según la intervención, conocer la organización que se tiene que llevar a cabo y, por último, ayuda en el conocimiento y desarrollo de los resultados que se obtienen.

El diagnóstico social es un instrumento operativo en las fases del proceso metodológico, desde la primera pregunta que se plantea hasta el final de la intervención, en la evaluación. Desde la perspectiva como ya se ha nombrado anteriormente, se trata de una herramienta abierta con la cual se puede trabajar durante todo el proceso de intervención, pero también de distintas formas, como bien resaltan Aguilar y Ander- Egg (1999) se pueden distinguir los 4 niveles o subsistemas de los que hablamos en Trabajo Social:

- Macrosistema, constituye el marco general, lo que podríamos decir como una primera fase en la que vamos a comenzar dicho diagnóstico.

- Exosistema, un marco ya más centrado en la persona, de su entorno, el desarrollo de su vida, etc....
- Mesosistema, aquí hablamos de las redes de interacción que influyen en el individuo, pero de forma indirecta.
- Microsistema, donde el individuo interactúa “cara a cara” con las personas que le rodean, esto podría ser en la familia, en el trabajo, en clase...

Para establecer la finalidad del concepto, el diagnóstico social reside en establecer una síntesis descriptiva y una interpretación y evaluación de la carencia social o de la situación personal y social (Colomer, 1979). Hay palabras que definen y sintetizan el objeto del diagnóstico social, algunos de esos términos son “necesidad”, “problema”, “conflicto” ... Son conceptos que no se refieren a nada teórico, pero derivan de una forma directa de las demandas que presenta la población. Por lo tanto, se puede decir que el diagnóstico se traduce en la interpretación de la demanda del usuario, pero lejos de la realidad, el papel del profesional que realiza la acción de elaboración del diagnóstico no es únicamente el de plasmar las necesidades o carencias que la persona deja ver. El trabajador social tiene que interpretar la información que recibe, conceptualizar los términos de los que se está hablando y realizar una valoración. En resumen, la esencia no es la recopilación de datos, sino su análisis para establecer relaciones entre los factores (Fernández y Díaz, 2013), en el diagnóstico social debemos llegar a conocer la naturaleza, grado y causas del problema que ha derivado en una necesidad.

En la práctica, los términos que más reflejados en un diagnóstico social son las necesidades sociales básicas. En su clasificación, la más conocida es la realizada por Maslow (1985) una pirámide en la que establecía una jerarquización de las necesidades humanas; en la base las necesidades fisiológicas; las necesidades de seguridad o pervivencia en el mundo; las necesidades de posesividad y amor; las necesidades de estima personal y autoconcepto y por último las necesidades de autodesarrollo, situadas en la cúspide de la pirámide. La distribución de las necesidades según Keynes (1981) entre absolutas y relativas, pocos años más tarde Doyal y Gough (1994) las diferencian entre necesidades objetivas y deseos, ambas clasificaciones tienen que ver con la objetividad y subjetividad.

Las necesidades sociales básicas que han sido categorizadas y se tratan en la actualidad son las siguientes, según Díaz y Fernández (2013):

- Integridad y supervivencia, se habla de lo fundamental para la supervivencia en el mundo.
- Inclusión/integración social, objeto del trabajo social, por la falta de conocimiento en la sociedad sobre algunas minorías, y que por ello se excluyen.
- Autonomía personal y social, la posibilidad de tener la capacidad cognitiva y emocional suficiente para la toma de decisiones a la vez que la aceptación de las consecuencias de las mismas, hay que diferenciar tres subcategorías; autonomía física, autonomía personal y la autonomía personal.
- Identidad personal y social, como resultado de los procesos sociales de interacción, en las relaciones humanas, saber cuáles son las ideas que se tienen y cómo se plasman en la sociedad.

El desarrollo de las necesidades básicas que se acaban de categorizar es la finalidad que persigue el diagnóstico social cuando existen demandas latentes de las personas que forman el conjunto de la sociedad. A partir del conocimiento de estas necesidades se realizan razonamientos teórico-prácticos que llevan a establecer relaciones entre demanda y realidad.

El diagnóstico en distintas disciplinas

Según Aguilar Idáñez (2013), la elaboración de un buen diagnóstico se debe realizar un previo estudio-investigación, que será una forma de utilizar los resultados obtenidos en dicho estudio, mediante una organización sistemática de los datos de tal manera que sirva para las tareas de programación y como la información básica para seleccionar la estrategia de acción más apropiada.

El diagnóstico se define de distintas formas según el ámbito en el que se esté trabajando. En ocasiones otorgando una mayor importancia a unos diagnósticos sobre otros.

Siguiendo a Entralgo (1982) el diagnóstico clínico se realiza a partir de un encuentro entre médico y paciente en el que se le formulan cuestiones sobre su estado y se realiza un examen físico. A partir de esto el médico, conociendo el cuadro clínico del paciente, identificará las posibles hipótesis de diagnóstico y con ello pedirá para el paciente las pruebas pertinentes de ser necesarias para finalmente con todos los datos recogidos, contrastar la información obtenida con sus hipótesis y la descripción del paciente y elaborar un diagnóstico.

Esta mayor importancia se encuentra obsoleta, debido a la otorgación de más poder al ámbito clínico dentro de la salud de las personas, pero siguiendo a Miranda M. y Garcés E.M. (2015) citando a Domínguez Carmona (1989)

“la salud no va a depender solo de la adaptación al medio ambiente, sino también al medio social, puesto que el medio social es un factor de salud o de enfermedad y la adaptación al mismo es un modo de considerar o definir la salud. Esta adaptación supone la adquisición y adopción de hábitos, costumbres, aficiones, valores, sanciones, intereses, creencias, tabúes, tipos de trabajo, profesiones, relación y ajustes personales, seguridad... que caracterizan la sociedad” (Domínguez Carmona, 1989)

Se puede comprender que el componente social forma una parte excepcional dentro de la salud, y se le otorga un propio diagnóstico, que permitirá una mejor aplicación de las técnicas del trabajo social.

“El Diagnóstico Social es un proceso dialógico de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender las necesidades y problemas dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores protectores y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y a la selección de estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto las potencialidades y medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas” (Aguilar Idáñez, M.J. 2013)

Evolución en la definición de diagnóstico social

La primera definición la aporta Richmond (1917), como el intento de efectuar con la mayor precisión posible una definición de la situación y personalidad de un ser humano con alguna carencia social. Gran parte del trabajo realizado por Mary Richmond ha sido la orientación y el desarrollo del trabajo social como una disciplina profesional, y la reivindicación de la importancia de su especificidad en comparación con el análisis clínico.

El valor del diagnóstico se muestra decisivo en la intervención que se lleva a cabo mediante el Trabajo Social, por ello, Hamilton (1923) describe su importancia, “el trabajo social se apoya en los factores de cada

caso social, el trabajo social debe verse como “hacedor” y “transformador” de situaciones”, describiendo la idea del diagnóstico social como herramienta en la disciplina del trabajo social. En “Principles of social work recording”, Hamilton (1946) continúa desarrollando dicho concepto, y es entonces cuando se remarca la importancia del entendimiento del problema de la persona, pero también la comprensión hacia la persona que padece dicho problema, describe el diagnóstico social como la opinión profesional sobre la naturaleza real del problema que presenta el/la usuario/a. Señala la importancia de la correcta formulación del diagnóstico social para finalizar y especificar esta herramienta fuera de los conceptos que recibe hasta entonces, como por ejemplo el de mera valoración u opinión. La definición que establece Hamilton (1951) es que el diagnóstico social consiste en la realización de un examen crítico de la situación de la persona, pero también de su problema, que se presenta en un entorno físico, social, cultural y económico concreto.

Hollis (1954) defiende la concepción psicosocial del diagnóstico, se trata de contemplar tanto la situación social y la individual bajo la misma importancia. Para Hollis el diagnóstico social completo debía de plasmar la importancia dada a la raíz del problema, la información sobre la vida de la persona, las actitudes mostradas ante el problema en cuestión, y las fortalezas y oportunidades que se dieran en la situación. Woods y Hollis (1964) consideran los problemas que presenta el concepto y su utilización todavía por describir con exactitud, impulsan la evolución del Modelo diagnóstico o psicosocial de Hamilton (1951). Defienden la importancia del uso correcto por parte de los profesionales, que se muestran reacios al término por mera asociación a la medicina, señalan la importancia del diagnóstico como herramienta de investigación y descripción de la situación que padece el/la usuario/a y el entorno donde se muestra. El diagnóstico social debe contemplar las fortalezas y debilidades que muestra la persona, y su situación a distintos niveles antes definidos por Hamilton (1951) el entorno físico, social, cultural y económico, para la posibilidad de evaluación de las interacciones de la persona y su entorno, y remarcan la necesidad del desarrollo de una clasificación de los problemas objeto de diagnóstico e intervención desde la perspectiva de trabajo social.

Turner (1968) y Perlman (1968) citado en Cury et Arias (2016) defienden la utilización del término como base para llevar a cabo la intervención social. Para Perlman la definición del diagnóstico social como herramienta en el Trabajo Social reside en el concepto de “rol social”, así como también añade la motivación, la capacidad y las oportunidades de la persona. El concepto de “rol social” engloba las interacciones sociales en las que se encuentra implicada la persona que se encuentra en una situación concreta.

Ituarte (1992) describe la dificultad de establecer categorías exactas de diagnóstico social, dada la multiplicidad de los factores en interacción en las situaciones sociales y señala la importancia de la necesidad de clasificación que permita un análisis riguroso de las diferentes situaciones y variables objeto de diagnóstico y de intervención en el ámbito socio-sanitario.

El diagnóstico social que definen Ander-Egg y Aguilar (2001) es un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas. Por ello, esta definición da lugar a la propuesta por el Código Deontológico del Trabajo Social (2012) que describe dicho término como la fase previa a la intervención que realizan los trabajadores sociales. El diagnóstico social deberá constar en la historia social de cada usuario/a, y marcará la intervención social previamente estudiada desde la situación e interacciones implicadas.

Metodología

Para la elaboración de esta investigación se ha llevado a cabo un estudio cualitativo y participativo, con posibilidad así de conocer de un modo más amplio la realidad del diagnóstico social mediante las experiencias de los profesionales entrevistados concretando en el ámbito de la salud mental. Y por último el análisis de dos historias de vida de usuarios del Trabajo Social con enfermedad de salud mental. La metodología se va a desarrollar mediante dos apartados la primera son entrevistas abiertas semiestructuradas a profesionales, y el análisis de historias de vida de pacientes de salud mental como usuarios del trabajo social. Se va a explicar a continuación

Entrevistas abiertas semiestructuradas

La entrevista constituye una situación de interrelación cara a cara entre dos o más personas. Las entrevistas que se realizan en Trabajo social son *“de carácter profesional, no constituyen un fin en sí mismas, sino un instrumento para alcanzar determinado propósito”*. (Becerra & Kennel, 2008:78)

Se lleva a cabo un estudio cualitativo mediante la elección de la técnica de entrevista, entendiéndose como la más precisa para la profundización de la práctica del trabajo social en la salud mental. Según Sierra

“La entrevista es (...) una conversación que establecen un interrogador y un interrogado para un propósito expreso. (...) una forma de comunicación interpersonal orientada a la obtención de información sobre un objetivo definido Vemos entonces que todas las definiciones apuntan a los mismos aspectos: una o más personas, una de las cuales (y sólo una) es el entrevistador, en tanto que la otra u otras es (son) el (los) entrevistado(s), quienes se encuentran físicamente en un mismo espacio para conversar en los términos establecidos por el entrevistador: estructura, fines, duración del encuentro, roles, tema, etc., y donde el entrevistador procurará obtener del entrevistado determinadas informaciones.” (Sierra, B. (1995) 705p)

Es necesario preparar previamente la entrevista a realizar, ya que al mostrar un carácter profesional no puede ser casual. Además, la base de la entrevista debe estar fundamentada en la comprensión y el respeto hacia la persona a entrevistar. Esto hace referencia a asumir una actitud realista que permita abstenerse de realizar juicios de valor sobre las personas entrevistadas, además de entender los móviles que guían su conducta.

El diseño de la entrevista es el siguiente:

Se selecciona la muestra teniendo en cuenta el género, años de experiencia y ámbito laboral con la finalidad de alcanzar los objetivos por conseguir, y las características del trabajo a elaborar. Se escogió la muestra de cinco personas bajo el criterio de recursos humano, materiales y temporales de los que se disponía. En este caso la característica considerada más relevante es la profesionalidad del trabajo social que hayan tenido una experiencia profesional con personas que padecen salud mental.

Tabla 1. Resumen de los entrevistados.

	Descripción	Relación	Género	Años de experiencia
Entrevistado 1	Profesional vinculada a los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Zaragoza	Trabajadora social	Femenino	30
Entrevistado 2	Profesional vinculada a los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Zaragoza	Trabajadora social	Femenino	12
Entrevistado 3	Profesional vinculada al Trabajo Social Sanitario Hospitalario	Trabajadora social	Femenino	20
Entrevistado 4	Profesional vinculada al Trabajo Social en Salud Mental	Trabajadora social	Femenino	30
Entrevistado 5	Profesional vinculado al Trabajo Social de Salud Mental	Trabajador social	Masculino	20

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a su diseño, como ya se ha nombrado anteriormente, se elaboró una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas que permitieron la posibilidad de la obtención de percepciones de las personas entrevistadas. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 35 y 55 minutos y se realizaron en el lugar de trabajo de los profesionales escogidos, en la ciudad de Zaragoza. Posteriormente estas entrevistas fueron transcritas para su posterior análisis.

Los ítems elegidos para las entrevistas se categorizaron previamente, como se puede observar en el ANEXO 1: GUIONES DE ENTREVISTAS REALIZADAS, en: presentación del profesional, datos sociodemográficos, concepto de diagnóstico social, según el ámbito, funcionamiento del diagnóstico metodología de trabajo,

importancia del diagnóstico social en la evolución de los casos, percepción de utilidad del diagnóstico y aportaciones.

Se confeccionó un análisis de contenido exploratorio de las entrevistas, en el que se pretendía conocer y dar respuesta a las hipótesis inicialmente planteadas. Este análisis se realizó mediante Excel, analizando por columnas las diferentes categorías que surgían del texto. Se tuvieron también en cuenta en dicho análisis las categorías emergentes en el discurso de los profesionales.

Por último, se realiza un análisis exploratorio de la información obtenida en las entrevistas, este análisis de las entrevistas se realiza en base a los conceptos señalados, se ha realizado una tabla que designa las categorías y conceptos para la elaboración del análisis. También se ha tenido en cuenta la posibilidad de categorías emergentes según lo desarrollado en cada discurso de los profesionales.

Tabla 2. Resumen de categorías de información de las entrevistas.

Concepto de diagnóstico social	¿Qué es el diagnóstico social? ¿Diseñáis vuestro propio diagnóstico? ¿Por qué se realiza el diagnóstico social?	
Importancia del diagnóstico social en la evolución de los casos	¿En qué momentos se realiza el diagnóstico social? ¿El diagnóstico social influye en la evolución de los casos de salud mental? ¿Es una buena herramienta en su desarrollo?	
Funcionamiento del diagnóstico social según el centro	¿Cómo funciona el centro? ¿Se realiza diagnóstico social? ¿Se realiza trabajo en red?	
Metodología de trabajo y su relación con el diagnóstico social	¿Cómo se realiza el diagnóstico? ¿Cuándo se realiza el diagnóstico? ¿Qué importancia tiene el diagnóstico social a la hora de la toma de decisiones?	
Percepción de utilidad del diagnóstico desde los profesionales	¿En qué puede influir el diagnóstico social en el centro? ¿Qué percepción tienen otros profesionales sobre el diagnóstico social? ¿Se dificulta la implementación del diagnóstico social está reñido por la existencia o escasez de recursos? ¿Crees que se le da la importancia suficiente al diagnóstico social frente al clínico? Si es que no, ¿Por qué?	

Fuente: Elaboración propia

Análisis de historias de vida

Continuando con el estudio cualitativo, se emplea la técnica del relato de vida que “corresponde a la enunciación - escrita y oral- por parte de un narrador, de su vida o parte de ella” (Cornejo, 2008:30). Se plantea este tipo de técnica con la intención de recabar diferentes sentimientos, opiniones y comentarios de la persona elegida, en forma de metodología exploratoria.

12

Las historias de vida forman parte del campo de la investigación cualitativa, “cuyo paradigma fenomenológico sostiene que la realidad es construida socialmente mediante definiciones colectivas de una determinada situación”. (Taylor y Bogdán, 1984). De esta afirmación proviene que los datos utilizados para la realización de una metodología cualitativa se basen en descripciones verbales sobre los asuntos a tratar. A diferencia de otras metodologías, tiene en cuenta el significado afectivo que tienen las situaciones, experiencias y relaciones que afectan a la persona que da la información.

Por otro lado, los ámbitos a investigar son limitados, ya que dependen de las experiencias vividas por la persona y el contexto en el que se desarrollan.

Según Jones (1983), la historia de vida es uno de los métodos más utilizados en investigación cualitativa. Esto se debe a que proporciona una descripción en profundidad de la dinámica del comportamiento humano. Plasmar la historia de vida, permite al investigador conocer la forma en la que los individuos crean y reflejan el mundo social que les rodea.

Las historias de vida brindan un marco interpretativo con el que se puede otorgar un sentido a la experiencia humana. Dicha experiencia se obtiene en los relatos personales recogidos, por lo que “da prioridad a las explicaciones individuales de las acciones más que a los métodos que filtran y ordenan las respuestas en categorías conceptuales predeterminadas”. (Jones, 1983).

Este método tiene como objeto profundizar en el conocimiento de la vida de las personas, por lo que “esta técnica es capaz de captar los procesos y formas como los individuos perciben el significado de su vida social, es posible corroborar el sentido que tiene la vida para ellas” (Pérez, 2000). Además “trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones”. Dicha perspectiva permite llegar a aspectos en la investigación más profundos y abstractos, que de otra manera no podrían ser analizados. (Martínez 2006:128)

Resultados

Análisis de las entrevistas semiestructuradas a profesionales

Para estructurar el análisis de las entrevistas, se dividió el esqueleto de la entrevista en cinco categorías que facilitasen la elaboración y comprensión del estudio cuantitativo realizado a profesionales del Trabajo Social. Dichas categorías son: concepto del diagnóstico social, importancia del diagnóstico social en la evolución de los casos, funcionamiento del diagnóstico social según el centro, metodología de trabajo y su relación con el diagnóstico social y percepción de utilidad del diagnóstico desde los profesionales.

Concepto de diagnóstico social

El diagnóstico social se describe por la muestra como **una herramienta indispensable del trabajo social** enfocada a una posterior planificación del cumplimiento de los objetivos de la intervención de los casos. El diagnóstico social tiene que ver con el objeto del Trabajo Social, para poder valorar a la persona y su entorno.

“lo que estamos siempre es valorando a la persona en todos sus espacios de interacción, como el aspecto personal, el familiar, laboral, el aspecto de sus relaciones, de cómo es su barrio, etc.” (Entrevistada 4).

No se pueden separar los distintos aspectos de la vida del usuario/a, se deben estudiar en su conjunto para llegar al diagnóstico, es decir, al punto de vista del profesional sobre lo que le ocurre a una persona, y las necesidades sociales que están latentes en su vida y en el desarrollo de la propia. Además, algo que no se hace habitualmente es identificar las potencialidades de la persona dentro del diagnóstico, cuando se debería destacar también los elementos positivos de la persona y su entorno.

“Poder conocer dentro del contexto del trabajo social y de mi trabajo, la situación real en la que se encuentra una persona, una familia o algún colectivo y el profesional con los conocimientos que tenemos, técnicos, y las habilidades que podamos tener también, poder orientar, y gestionar y ofrecerle el tipo de prestación, ayuda... que sea más adecuada para esa persona en ese momento determinado, porque como previamente he conocido y he diagnosticado su situación ya puedo comenzar con la intervención.” (Entrevistada 1)

Los profesionales entrevistados comparten que realizan un diagnóstico social de elaboración propia. Cada uno se basa en distintos ítems para crear su diagnóstico. Se han recogido tres formas de realizar un diagnóstico inicial que se desarrollarán en el apartado de Metodología de trabajo y relación con el diagnóstico social, son la entrevista inicial, la elaboración mediante escalas, el prediagnóstico y el diagnóstico abierto.

El diagnóstico social se realiza para **poder intervenir con los usuarios/as**, siguiendo un criterio profesional, así como establecer una planificación y unos objetivos que se pretenden cumplir a lo largo del proceso de intervención con dicho usuario/a. Cuando se recibe una demanda de parte de un usuario/a, se pone en marcha un protocolo de actuación que se inicia a través de este diagnóstico, que será capaz de organizar tanto la situación que está aconteciendo en la vida de este, su entorno y las posibilidades que van a surgir a partir de esto.

“Es que no hacerlo es como si un médico interviniera o diera un tratamiento sin saber lo que le pasa a la persona. Pues sería un error muy grave” (Entrevistada 4)

Hablamos de **diagnóstico social como herramienta de planificación, y a su vez como una forma de poder proporcionar los recursos adecuados a los usuarios/as**. Y el único profesional con potestad para realizarlo es el trabajador social, es un instrumento propio del Trabajo Social.

Importancia del diagnóstico social en la evolución de los casos

El diagnóstico social **se realiza antes de la intervención**, ya que es lo que la fundamentará. En algunos casos se realiza un prediagnóstico en el que aún no se conoce al usuario, esta herramienta ayudará a formar una noción de cómo va a desarrollarse el caso, y a discriminar los que necesiten de una mayor atención.

“cogemos toda la información con los informes sociales de todos los pacientes que han ingresado durante el día anterior, y todos los pacientes, absolutamente todos, pasan por una valoración diagnóstica, y si vemos en las variables y las categorías diagnósticas que tenemos existe problemática social, ya abrimos historia social al día siguiente del ingreso (..) si consideramos que el paciente tiene grave problemática social tenemos que intervenir a las 24 horas siguientes de ingreso (...) sin embargo si tiene algún tipo de diagnóstico social según protocolo nuestro que digamos vamos a llamarlo de alguna manera, tiene un nivel más bajito de problemática tenemos un margen de 72 horas para intervenir(...) hemos abierto historia social con todos los que creemos que tenemos que intervenir, se marca en todos objetivos, de lo que queremos cumplir, y para cumplir esos objetivos nos marcamos actividades” (Entrevistada 3)

La realización del diagnóstico en los demás ámbitos investigados, se ejecuta en la puerta de entrada, esto quiere decir que la información que se obtiene en las primeras entrevistas es una parte primordial de la elaboración del diagnóstico, que permitirá comenzar la intervención.

Todos los diagnósticos pueden variar durante la intervención o estancia, ya que el diagnóstico siempre está abierto a modificaciones que pueden ir dándose a medida que va variando su caso, es algo continuo, que se realiza tras el estudio, pero además es un proceso con continuidad en la atención, que se puede volver a hacer si hay elementos que pueden cambiar y que justifiquen un nuevo diagnóstico. En cuanto a los pacientes de salud mental, cada variación en su diagnóstico clínico supone cambios en el diagnóstico social, ya que están directamente relacionados.

“el diagnóstico en trabajo social se realiza siempre que hay una necesidad de atención, entonces lo primero tenemos que hacer el estudio del caso y cuando tenemos suficiente información por diferentes fuentes de información entonces estamos en condiciones de tener una opinión personal que es el diagnóstico (...) generalmente cuando lo incorporamos en los informes sociales los diagnósticos se pueden ir cambiando porque tienen una fecha, y es cuando se hacen en un momento dado” (Entrevistada 4)

El diagnóstico social influye en la evolución de los usuarios con salud mental, pero **no influye de forma directa**, sino que si se realiza de forma correcta puede determinar la evolución de los casos. En el diagnóstico se van a identificar los problemas y la situación en la que se encuentra el usuario/a, de esta forma, partiendo

de esta buena base se podrá contar con una planificación y unas pautas de intervención que, si se siguen, pueden mejorar la calidad de vida del usuario y hacer frente a las problemáticas del usuario/a.

“Para una buena práctica en trabajo social el diagnóstico es fundamental y es donde se sustenta cualquier intervención profesional” (Entrevistada 4)

Todos los profesionales de la muestra coinciden en que, aun siendo una herramienta indispensable, **lo que realmente puede influir en el cambio de la situación es la forma en la que se actuará en cuanto a dicho diagnóstico** y en como el resto de profesionales lo toman en cuenta y trabajan con él.

“sí que tiene que ver el diagnóstico social para que el paciente pueda cumplir a la vez su calidad asistencial a nivel médico y de enfermería, y social, pero, te puedo decir que hay en casos que me ha costado lloros y disgustos (...) sí que importa el diagnóstico social a la hora del alta hospitalaria, pero hay peculiaridades que tiene que ver más con las personas que con la institución o con los equipos” (Entrevistada 3)

“Entonces el diagnóstico social no es que influya, influye lo que vamos a hacer. El trato social es lo que puede sacar” (Entrevistado 5)

Funcionamiento del diagnóstico social según el centro

Para poder hablar del diagnóstico social según la institución, se tiene que entender la articulación de cada centro.

Se ha encontrado heterogeneidad en la manera de organizar las distintas instituciones, hablamos de un Centro Municipal de Servicios Sociales, asistencia primaria, donde se atienden casos de todo tipo, dividiendo el centro en áreas para paliar las diferentes necesidades; por otro lado un hospital de ámbito privado-concertado, asistencia terciaria, que trabaja según los distintos protocolos diseñados específicamente para todos los profesionales del hospital, protocolos que evolucionan cada año; también un hospital de especialidades público, asistencia secundaria, que en la unidad de salud mental ambulatoria atiende a cualquier niño, adolescente o adulto derivado desde el centro de salud por atención psicosocial, en equipo; y finalmente un centro de rehabilitación y apoyo psicosocial de salud mental privado-concertado, asistencia terciaria, repleta de muchas áreas, se trabaja mediante programas conveniados con el Salud.

Todos los entrevistados, independientemente del ámbito, realizan el diagnóstico social en sus instituciones. Aunque el procedimiento sea distinto, como ya se ha indicado en el apartado anterior, todos coinciden en **la necesidad de realizarlo para una buena praxis**.

“sí, siempre se realiza un diagnóstico social en la primera visita al centro, mediante las entrevistas exploratorias” (Entrevistada 1)

“Es que no hay otra forma de actuar, si no se realiza el diagnóstico no se puede realizar una intervención” (Entrevistada 4)

La homogeneidad dada en la afirmativa de realización de diagnóstico social en todos los profesionales, coincide con el trabajo en red también llevado a cabo, aunque ejecutado de forma distinta en cada institución.

“Es muy importante el trabajo en red, quiero decir es importante trabajar en red en todos los casos, y trabajar desde una visión global, pero hablando de salud mental evidentemente todavía más ya que es muy complicado separar la salud de lo social ya que uno afecta a otro” (Entrevistado 1)

El trabajo en red es la posibilidad de juntar a todos los profesionales encargados de un mismo caso, con el fin de crear una opinión conjunta que permita avanzar hacia la resolución de las necesidades del usuario/a.

En algunos ámbitos los trabajadores sociales expresan como un logro la entrada en los equipos multidisciplinares, ya que esto es una forma de reconocer al profesional como válido a la hora de poder compartir espacio con el resto del equipo.

“Esto ha sido un logro después de un tiempecico, pero estamos incorporadas en los equipos de valoración antes del ingreso, con lo cual ahí estamos, y te parecerá una chorrada, pero estar allá significa estamos para reivindicar con mucho empeño la figura del trabajador social” (Entrevistada 3)

Generalmente realizan reuniones diarias, o semanales, en las que comparten todas las visiones acerca de los casos en los que se encuentran. En las instituciones hospitalarias se dividen por unidades, para acotar el campo de actuación, mientras que en el Centro Municipal y el Centro de Rehabilitación tienen reuniones multidisciplinares con todos los profesionales del centro.

“Estamos divididos en unidades asistenciales en el hospital” (Entrevistada 3)

“Si, bueno y el trabajo (..) entonces cada profesional desde su punto de vista profesional pues da su opinión y además eso se incorpora para hacer un plan que muchas veces también es conjunto respecto a que hacer o cómo hacer” (Entrevistada 4)

“Aquí lo que hacemos es, cuando entra una persona a valoración lo vemos una primera vez cada departamento y tenemos psicología, ts, enfermería y terapia ocupacional, una vez que lo hemos visto todos, hacemos una presentación a todo el equipo, para compartir la información, hacemos esa valoración” (Entrevistado 5)

Se evidencia una **clara postura de necesidad de trabajo en red**, en la que es vital la comunicación entre profesionales, donde no se creen jerarquías para que todas las opiniones reciban el mismo reconocimiento.

Metodología de trabajo y su relación con el diagnóstico social

Para la realización de un buen diagnóstico debe seguirse una metodología que, aunque no tenga que ser idéntica entre unas entidades y otras, sí que comparte una base común para la recogida de datos y la formulación del diagnóstico y es **a través de la información proporcionada por el propio usuario/a o familia**, explorando todos los aspectos que se encuentran en su vida.

Como ya se ha comentado anteriormente en el concepto de diagnóstico social, hay varias formas de realizar un diagnóstico social, como es una entrevista inicial para encontrar las primeras necesidades

expresadas por el propio usuario y a partir de ahí realizan un diagnóstico personalizado, que puede presentar diferentes estructuras teniendo en cuenta los campos encontrados

“El diagnóstico social se puede diseñar previo a su realización, en una primera entrevista habitualmente puedes conocer cuáles son las demandas de las personas y las necesidades que realmente son latentes por el problema sobrevenido.” (Entrevistada 1)

Otra forma de desarrollar un diagnóstico es a través de escalas de valoración realizadas en el primer encuentro con el usuario/a, información que se recoge en una entrevista abierta.

17

“Nosotros para poder valorar utilizamos una escala, que es la escala de Lawton and Brody en la que se mide cuáles son sus limitaciones y autonomía personal (...) Elaboramos un diagnóstico social en función de esa intervención que nos marca un poco la pauta de que va a necesitar esa persona en un corto o medio espacio de tiempo” (Entrevistada 2)

“Yo tengo mis instrumentos de valoración, tengo varias escalas, tengo una que es el DAS, luego las áreas de la familia y para esa tienes la emoción expresada y la sobrecarga del cuidador, luego tenemos la de red social y socialización, luego la de autonomía y motivación al empleo, y luego con todo eso hago el diagnostico social redactado” (Entrevistado 5)

Los factores de riesgo que motivan estas escalas de valoración son los referidos al desarrollo de la persona y su entorno, para poder encontrar los puntos más vulnerables y a partir de ello redactar un diagnóstico complejo que pueda reflejar todas las áreas y aspectos de la vida de los usuarios/as.

Una de las entrevistadas relató el proceso de creación del diagnóstico social de la entidad a la que pertenece, un Hospital.

“Entonces vimos que era una carencia importante y entendimos que nosotros teníamos que tener un diagnóstico desde el primer momento que ingresaba el paciente (...) nosotros el que tenemos es una copia, vamos a llamarlo así, de unas instrucciones del País Vasco, de un hospital del País Vasco” (Entrevistada 3)

Su diagnóstico lo realiza un equipo de prevaloración, antes de tener contacto con el usuario/a, este se fundamenta en un esquema prediseñado, que se rellena en función de la información obtenida a través de una lectura del historial social, antes de que el paciente ingrese. Y a partir de este prediagnóstico, se realizará una entrevista inicial para reformular un diagnóstico completo.

La última forma de creación del diagnóstico es un modelo de diagnóstico abierto, que podría complementarse con la entrevista inicial, en el que cada trabajador social incorpora su diagnóstico dentro del proceso de atención, y dentro de la historia social, donde después se realizará un macro diagnóstico con los diagnósticos de otros profesionales.

“es de forma individual, no hay un modelo estructurado de cómo hacer el diagnóstico como a lo mejor hay otros servicios (...) Es un diagnóstico en cada caso el trabajador social lo emite según su juicio profesional” (Entrevistada 4)

Estos diagnósticos a su vez **se van completando cada vez que existe una necesidad, una demanda o cuando se realizan nuevos trámites** dentro de la intervención.

Los usuarios **pueden acceder al trabajador social de tres formas**, dependiendo en ocasiones del tipo de entidad. Bien porque el propio equipo o profesional a través del prediagnóstico desarrolla una planificación y acude al usuario para tener un primer contacto con él/ella para decidir cómo se va a actuar; por medio de una derivación de otro profesional o de una unidad sanitaria; o bien el propio usuario/a puede ponerse en contacto con los trabajadores sociales en cualquier momento, bien sea acudiendo a los Servicios Sociales, como al trabajador social sanitario.

“generalmente una persona es derivada por otro miembro del equipo, o sea es un servicio de salud mental donde generalmente son vistas en primer lugar obviamente por psicología o por psiquiatría y ese compañero hace una valoración y cuando valora que es necesario el que un trabajador social lo valore es cuando hace la derivación. En algunos casos también las personas y las familias tienen información y conocen mejor sus derechos y son quienes acuden” (Entrevistada 4)

“vienen aquí personas con trastorno mental grave que han sido derivadas por su psiquiatra de zona, y hasta que alguien no sale no puede entrar otro, es como un hospital. Entra por derivación de zona, esto es margen izquierda, es como cuando tienes que ir al médico y te manda al especialista, vas al que te dice” (Entrevistado 5)

Por todo ello **un buen diagnóstico va a facilitar un planteamiento más individualizado de intervención sobre el usuario/a**, para entender cómo se va a abordar un caso y a lo que se enfrenta el profesional cuando acuden a su despacho. Pero, el principal problema que destacan los profesionales no es la formulación del diagnóstico ni el método que tienen para realizarlo, sino lo que se encuentran después, en la aplicación de lo planeado en el diagnóstico.

“Mi principal problema parte de que yo pienso que ya estamos con las herramientas adecuadas haciendo un buen diagnóstico, para mí lo que tenemos ahora, ya no es solo el diagnóstico, sino la solución de la intervención, que no depende de mí. ¿depende de mí hacer un buen diagnóstico social? Seguro ¿tengo herramientas y medios para poder realizar un buen diagnóstico social? Sí, pero porque la herramienta me la creo yo ¿Cuál es el problema? Que yo una vez comienzo el plan de intervención con el diagnóstico social yo hago mi plan de intervención, pero si a mí no me dan herramientas de recursos y prestaciones como a veces necesita un paciente, aunque haya hecho el mejor diagnóstico del mundo yo con el diagnóstico me lo meto en la boca y me lo como” (Entrevistada 3)

“Pero después del diagnóstico, según el plan del método básico de trabajo social después de eso sigue la intervención, plan de intervención. Dame herramientas.” (Entrevistado 5)

Percepción de utilidad del diagnóstico desde los profesionales

Este último punto quiere exponer las ideas, valoraciones y circunstancias de la utilidad e importancia del diagnóstico social como herramienta en el ámbito sociosanitario de la salud mental. En esta parte del análisis se plantea qué influencia puede tener el diagnóstico social en un hospital. Al hablar de valoraciones y opiniones de los entrevistados se han podido encontrar dos tipos de explicaciones. Se expone la idea de

que **el diagnóstico social influye si se tienen en cuenta las circunstancias que lo componen**, como es el entorno y la situación de la enfermedad.

“Yo creo que el diagnóstico social en sí mismo, no tiene por qué estar influido, o sea, influye ese entorno, esa vuelta al entorno, (...)y en la evolución por supuesto que sí que es importante, eh... es verdad que un diagnóstico es algo vivo ¿no?, que cuando se valora una situación se valora en ese momento” (Entrevistada 2)

Y, por otro lado, se plantea que la figura de influencia del diagnóstico social depende de los profesionales de la medicina clínica.

“Depende del psiquiatra, en los hospitales mandan los médicos, pero depende del médico, algunos saben mucho, los psiquiatras saben que lo social es muy importante. Y por mucho que pensemos que solo miran medicación ellos saben perfectamente lo que influye la familia, los amigos, ellos lo controlan.” (Entrevistado 5)

En tanto en cuanto se habla de la capacidad de influencia según la valoración los profesionales médicos, se plantea la **necesidad de conocer la percepción que muestran otros profesionales sobre el diagnóstico social**.

“Creo que parte mucho de la sensibilidad de cada profesional, hay profesionales que consideran que desde esa dimensión biopsicosocial la parte sanitaria de salud es muy importante pero que la parte social también lo es.” (Entrevistada 2)

La información que proporciona el diagnóstico social sobre el entorno del usuario/a es ente del Trabajo Social, se habla de los espacios de interacción, como el familiar, laboral, personal e incluso de vivienda. Se produce una gran semejanza en las ideas que se plantean;

“En los hospitales entienden que los profesionales asistenciales son los importantes, trabajo social no es personal asistencial, pero ahí hemos estado, eso significa que a veces con médicos tienes que luchar más o menos, hay otros que son al revés, que son una gozada” (Entrevistada 3)

“Aquí sí, aquí se trabaja mucho con trabajo social, se tiene muy en cuenta la opinión, en muchos casos incluso nos piden opinión o asesoramiento, aunque no podamos ver a todos los casos. Porque, valoran también nuestro punto de vista, para el trabajo en red, hacemos una labor muy importante también.” (Entrevistada 4)

“Aquí sí, pero eso depende de la persona, aquí el coordinador ya es sistémico, aquí es que somos muy sociales, todos, no de trabajo social sino todos, los enfermeros aquí rotan un EIR, cuando viene aquí la enfermera siempre me la pasan para que le explique la intervención familiar, lo tiene muy en cuenta.” (Entrevistado 5)

Se habla por tanto de que la importancia del diagnóstico social no depende de la profesión que se desarrolle, si no de cómo lo ve cada persona, qué cree que es esta herramienta y la valoración que ejerce de los entes que pertenecen al trabajo social.

“Es que no se puede no tener en cuenta, o sea, para una buena práctica en trabajo social el diagnóstico es fundamental y es donde se sustenta cualquier intervención profesional.” (Entrevistada 4)

Una cuestión que se plantea en el análisis, es si el diagnóstico social está reñido con la existencia de recursos en cuanto a la posibilidad de equiparación de envergaduras entre ambos diagnósticos, el clínico y el social.

“Con la existencia de más recursos sí que se le podría dar la importancia suficiente al diagnóstico social frente al clínico. Si, con un diagnóstico social todavía sin terminar, sí, eso pasa mucho, puede haber un ingreso hospitalario por una crisis de salud mental entonces se acaba la intervención clínica, pero si luego no se trabaja con el entorno en su medio, pues entonces poco se puede hacer ¿no?” (Entrevistada 1)

“A mí lo que me preocupa es la siguiente parte, que es, ¿tenemos herramientas suficientes para poder hacer una intervención adecuada tras un diagnóstico social bien hecho? (...) Imagino que estarás hablando de varios colectivos de la salud, pues igual te encuentras en otros escenarios que lo importante es el diagnóstico y la intervención es más fácil” (Entrevistada 3)

Se establecen dos tipos de ideas, las que se plantean en las citas anteriores, que resaltan la **importancia de los recursos y de las herramientas necesarias para poder llevar a cabo en la intervención**. Y por otro lado se plantea la idea del **usuario/a como persona decisiva en la posibilidad de intervención social o no**.

“Eso siendo el propio paciente en este caso de salud mental por lo que hablamos, es el protagonista de su propio desarrollo y de su propio plan de intervención (...) los propios usuarios tienen que ser el centro de nuestras intervenciones, porque muchas veces tú puedes ver una situación y entender que no hay unas necesidades emergentes que no es capaz de reconocer pero también hay que respetar el proceso de cada persona, de cada paciente y a partir de ahí ir trabajando para conseguir objetivos que él pueda ser capaz de ver y aquellos que no pues para ir haciéndolos ver para mejorar su calidad de vida.” (Entrevistada 2)

No se llega a una buena praxis del trabajo social si se olvida que se trabaja con personas, como seres psicosociales que buscan respuestas a las demandas que manifiestan, pero que en todo momento tienen el derecho a decidir sobre el sentido de su propia intervención.

Análisis de las historias de vida

Usuaría 1

La primera usuaria de la que se realiza una historia de vida es usuaria de los Servicios Sociales desde 1995. Por diagnóstico clínico ansioso-depresivo y personalidad inestable, rasgos vulnerables de personalidad con evolución clínica desfavorable. Diagnóstico psiquiátrico: Trastorno por inestabilidad emocional de la personalidad y trastorno ansioso depresivo de larga evolución.

En agosto de 1995 acude a los Servicios Sociales por primera vez, debido a problemas de conducta y agresividad de su hijo, que ha estado en el Psiquiatra Infanto-Juvenil de la DGA. Este año también acude por

primera vez al Psiquiatra por recomendación de la trabajadora social. Desde el CMSS le dicen que no se puede hacer nada, y les derivan a un educador de calle, el cual ve la situación “muy difícil de tratar”.

- Se realiza el primer diagnóstico social, con la información proporcionada por la usuaria, donde se indica su situación laboral, familiar, psiquiátrica y social, que se irá llenando según se aporten nuevos datos.

En octubre de 1999 la usuaria vuelve al CMSS aportando que vive con su hijo, toxicómano, que está iniciando tratamiento en proyecto hombre. E informa de que le quieren echar del piso. A finales de año su hijo entra en la cárcel y a ella le despiden del trabajo.

- Al haber pasado 4 años, se vuelve a acceder a la información ya recogida en 1995 y se reabre su expediente para poder actualizar los datos de la usuaria.

En 2001 la usuaria se ha mudado con su madre que recibe una pensión. Solicita ayuda económica para la vivienda y así poder mudarse. La situación con su madre empeora cuando se acerca la fecha en la que su hijo va a salir de la cárcel, y esta no quiere vivir con él porque no va a tratarse en desintoxicación.

- Se tramita la solicitud para recibir la ayuda económica para la vivienda.

En 2002 la usuaria deja de acudir a Psiquiatría y comienza a buscar trabajo. Informa que mantiene una mala relación con su familia a causa de su hijo. En julio su hijo saldrá de la cárcel con lo que cobrará un subsidio. Ella sigue buscando un piso, y se encuentra de baja laboral. Se tramita un IAI donde se le ofrece orientación laboral y ayuda para alimentos. Desde la trabajadora social considera que “le veo mal, no es realista” ya que continúa de baja y pendiente de una operación, sin haber encontrado piso en los últimos años. Cuando llega julio y su hijo sale de la cárcel, ella no tiene un sitio donde alojar a su hijo. La trabajadora social le informa de que puede recibir una pensión hasta que su hijo comience a cobrar el paro.

- Se realiza la tramitación del IAI además de que se informa acerca de las posibilidades acerca de cobrar el subsidio, la orientación laboral y la ayuda para alimentos.

Deja de cobrar la baja en 2003, y junto con la trabajadora social solicita la RAI en el INEM a causa de su discapacidad. Su hijo ha vuelto a entrar en la cárcel y la usuaria continúa en casa de su madre. La usuaria pasa varios meses sin acudir a la trabajadora social, hasta que vuelve al psiquiatra a finales de año, allí le recetan medicación antidepresiva entre otras.

En febrero de 2002 se le concede un subsidio por desempleo en lugar de la RAI. Mientras en julio su hijo sale de la cárcel mientras ella realiza cursos de formación profesional recomendada por la trabajadora social.

- Tras una solicitud de la RAI en el INEM para poder recibir una ayuda por su discapacidad le es concedido un subsidio por desempleo en lugar de esta.

Desde 2004 a 2007 se le pierde la pista desde los Servicios Sociales.

En 2007 vuelve primero a Psiquiatría donde se le diagnostica de trastorno bipolar tras haber presentado trastorno depresivo recurrente. A finales de año, en octubre, vuelve al CMSS para solicitar ayuda

para comprar unas gafas. La usuaria cuenta que se ha producido un cambio de vivienda, vive con su hija y su nieta. Se les deniega la RAI debido a sus tres cobros anteriores. Al haber obtenido una incapacidad del 54% tampoco tiene derecho a prestación no contributiva. En cuanto a su hijo, ha sido condenado a prisión por 15 años.

- Se vuelve a acceder al antiguo diagnóstico para poder completarlo con la nueva información además de solicitar ayuda para sus gafas.

En agosto de 2008 se encuentra en trámites del IAI, el cual no le conceden en noviembre, y le explican que es debido al exceso de ingresos por unidad familiar, ya que su hija tiene una prestación por desempleo, con lo que ella insiste y pide distintas trabajadoras sociales para su hija para ella. Se le explica que mientras compartan unidad de convivencia van a tener el mismo trabajador social de referencia y ella continúa insistiendo con peticiones de IAI. En febrero de 2009 le ofrece la opción de revisar la discapacidad para poder obtener una prestación no contributiva. La usuaria comienza a compartir piso. Un mes más tarde solicita el IAI, además le conceden un 57% de discapacidad, con lo que recibe ayuda para alimentos y medicinas. En julio de este mismo año le tramitan la tarjeta sanitaria de la que no disponía. Se le concede el IAI y se dan cuenta que en su revisión de discapacidad no se tuvo en cuenta su trastorno de la personalidad, con lo que se produce un seguimiento durante un mes. A raíz de esto el psiquiatra le recomienda terapia en grupo. Desde el Centro de Salud la trabajadora social va a hacerse cargo de la revisión de la minusvalía y de la operación de cadera que tiene pendiente.

- Recibe la información pertinente acerca de su situación y por qué tiene la misma trabajadora social que su hija. Se tramita su revisión de la discapacidad y se le ayuda a volver a evaluarlo cuando se encuentra un fallo en dicho procedimiento. Además, se encarga de su situación en el Centro de Salud.

En diciembre de 2009 se suspende su operación y acude varias veces a ASAPME para la revisión de la minusvalía y para la resolución de su tratamiento dental.

El febrero de 2010 se le realiza la revisión de la discapacidad inmediata y en mayo tras un seguimiento se le renueva el IAI, con lo que se le vuelve a solicitar la tarjeta sanitaria para el tratamiento que tiene que recibir. En este punto de su vida la relación con su familia no es buena, excepto con su hija. A finales de año la usuaria se encuentra con muchos dolores y mantiene la medicación psiquiátrica.

- Se realizan los trámites pertinentes solicitados por la usuaria.

En 2011 se le renueva el IAI, y otra vez en 2012, cuando se recibe una llamada desde el IASS ya que el DNI que ha entregado está caducado. En agosto llama desesperada desde una cabina puesto que su compañera de piso no quiere darle una llave del buzón, por lo tanto, no puede recoger las notificaciones del IASS. Acude sin cita a los Servicios Sociales porque piensa que ha perdido el IAI, ya que no ha llegado la renovación todavía debido a la falta de documentación anteriormente nombrada. Cuenta que ha dejado la medicación, porque piensa que tiene que pagarla. Está viviendo en casa de su madre mientras esta está ingresada en el hospital. A finales de año vuelve a mudarse a una habitación que no paga y decide dejar los especialistas médicos ya que piensa que se encuentra mejor.

En 2013 es desahuciada del piso compartido y se muda con su hija, donde no puede empadronarse. Renueva el IAI en junio, pero en agosto todavía no tiene el cobro ni la resolución así que tramita una ayuda

de urgencia para alimentos y expresa que no puede pagar su medicación con lo que es derivada a Cáritas. Unos días después no acude a la entrega de alimentos de Zaragoza Redistribuye, durante varias ocasiones. A finales de año se le concede una ayuda de carácter económico ya que el IAI no llega.

- Desde los Servicios Sociales se efectúa una coordinación con el IASS y se trata de mantener informada a la usuaria acerca de sus dudas. Además, se tramita una nueva ayuda económica para solventar la falta del IAI

En enero de 2014 cobra el IAI y anuncia que va a mudarse de vivienda con un amigo, que le deja empadronarse. Además, informa de que a raíz de la medicación nueva que toma que es más potente se encuentra peor, cada vez más deprimida. En mayo, se acercan sus 65 y se le informa de que podrá obtener una prestación no contributiva.

- Se sigue manteniendo informada a la usuaria de su situación y las opciones que tiene.

En 2015 se le envía al IASS un nuevo padrón, y se realiza ayuda de alimentos, derivado a Cáritas para que ayuden en la búsqueda de una habitación, mientras tanto se encuentra a la usuaria más desmejorada. Al cumplir los 65 llega el último IAI que pasa a ser una PNC y se pone una cita para la revisión de su discapacidad. A finales de año se le da una ayuda de urgencia para alimentos, que causan problemas en enero de 2016 pero que se soluciona desde el CMSS, en abril de 2016 se realiza una coordinación con ASAPME y REY ARDID. En julio de 2016 no cobra la prestación, debido a la tardía revisión anual. Se le informa que cobrará a finales de mes y se le indica la posibilidad de una prestación económica por parte de su familia para pagar la habitación en la que reside. A finales de 2016 informa de que ha dejado su vivienda anterior, y que está buscando otra vivienda donde poder empadronarse para poder llevarlo al IASS para la PNC.

- Se procura realizar las coordinaciones pertinentes para conseguir avanzar en la intervención, tramitando las distintas ayudas, prestaciones y aprovechando los centros existentes.

A partir de este momento no se produjeron más citas.

Usuario 2

Sobre el segundo usuario se realiza una historia de vida desde el 2005, cuando comienza a ser usuario de los Servicios Sociales, desde este primer momento es diagnosticado clínicamente por una depresión debida a un problema interpersonal.

En 2005, acuden por primera vez a Servicios Sociales, la unidad familiar que se compone del usuario y dos hijos, uno de ellos tiene una discapacidad, inteligencia límite. Únicamente demandan apoyo económico.

- Se realiza el primer diagnóstico social, donde se brinda las primeras informaciones del caso, situación económico-familiar y psiquiátrica del usuario.

Se desconoce información desde Servicios Sociales desde 2005 a 2009, cuando el usuario sufre un ictus muy grave que afecta el habla, memoria y gran dificultad para moverse. Tras este hecho la familia mantiene unas dificultades económicas, no pueden hacer frente al pago de alquiler y facturas. El hijo mayor acude a una cita concertada para solicitar una ayuda económica para su padre, quién ha estado ingresado hasta hace escaso tiempo. La situación sanitaria del usuario es grave, ya que mantiene una depresión debido

a problemas interpersonales. El ictus que ha sufrido le hace mantener una situación de vulnerabilidad. El usuario sufre problemas de adicción al alcohol y a las drogas. La unidad familiar en este momento se compone por el usuario y el hijo menor (el cual tiene el trastorno de inteligencia límite), el hijo mayor vive independizado desde hace varios meses y es independiente económicamente.

- Se accede a la información ya obtenida en el año 2005, para conocer su situación y actualizar datos. Se valoran los diferentes recursos que se pueden prestar en este caso, se valora la prestación del SAAD, para apoyar hasta que llegue la ley de dependencia. Se informa también de la posibilidad de necesidad de residencia para su padre.

Tras la valoración realizada sobre la prestación del recurso más idóneo en este caso. En julio de 2009 se realiza una visita domiciliaria para valorar la situación que mantiene el usuario, el Trabajador Social se encuentra con una situación un poco menos alarmante de la que mostraba el hijo mayor, pero el usuario muestra un carácter muy depresivo. El hijo menor, comenta la dificultad que mantiene con su padre para poder hacerse con él. La casa en la que conviven muestra síntomas de falta de limpieza, se informa que se va a proceder a la tramitación de la prestación del SAAD, que se va a realizar de forma puntual. Debido a la demora que se produce en la prestación del SAAD, se obtiene presupuesto para una limpieza general del hogar, dónde la familia también se compromete a realizar tareas de limpieza más específicas. Se informa de la necesidad de tramitación de ley de dependencia, incapacidad laboral absoluta, certificado de minusvalía para el hijo menor.

- Se mantiene informado de los recursos y posibilidades que existen para mantener el bienestar de ambas personas, y a su vez se realizan coordinaciones con empresas de limpieza.

En septiembre de 2009, se tramita la ayuda de limpieza, y existe comunicación con el hijo mayor, quien informa que ha tramitado la ley de dependencia, y que está pendiente de documentación para realizar las otras dos gestiones pendientes.

En diciembre de 2009 se comunica desde Servicios Sociales que la prestación del recurso del SAAD se va a dar de baja, debido a la notoria de recuperación y la posibilidad de desempeño de las tareas de limpieza del hogar. El hijo mayor informa de que el servicio le ha servido de mucho, y que siguen a la espera de la tramitación de la incapacidad de su padre y del certificado de minusvalía de su hermano.

- Se realiza coordinación con la empresa que realiza las tareas del hogar, FADE, expide un informe social, hace referencia a una agresión que presenció la auxiliar de FADE en el domicilio por parte del padre al hijo menor. Se propone un cambio de Ayuda a Domicilio, pasando a SERVISAR, los dos integrantes de la vivienda por tanto deberían ayudar en las tareas del hogar e higiene personal junto con el auxiliar.

En 2010, se producen varias faltas a las citas concertadas. Se proporcionan ayudas de urgencia de carácter alimenticio, debido a la falta de recursos económicos de la unidad familiar. A su vez, se proporciona una auxiliar por parte de SERVISAR para la realización de las tareas básicas, se presta dos días a la semana.

Hasta 2012, no se producen intervenciones, se mantiene la prestación del recurso del SAAD, y es como se detectan problemas de consumo de alcohol y de estupefacientes. Se produce coordinación con el trabajador social del centro de salud. Se consigue que acudan a la cita padre e hijo mediante la coordinación

con la auxiliar del SAAD. Se le pide que mantenga una supervisión en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas y de estupefacientes.

- Se procede a una intervención de carácter puntual en la que ya se mantiene, debido a un nuevo factor, que hace que no se esté manteniendo una situación que favorece el bienestar del usuario y su enfermedad.

En 2013 de enero a junio se producen varias visitas para obtener información y supervisar el caso, el hijo menor obtiene una discapacidad del 40% por su inteligencia límite, mientras tanto el usuario principal mantiene hábitos de consumo de alcohol y de estupefacientes, tras los intentos de supervisión fallidos. Se solicita también la necesidad de ayuda de urgencia para alimentos y para la mejora de la vivienda, se propone brindar las siguientes ayudas a cambio de una mayor supervisión para eliminar los hábitos que mantiene con alcohol y drogas. Meses más tarde, la auxiliar del SAAD confirma que el usuario ha dejado de consumir estupefacientes, y que no existe deuda de alquiler.

- Se realiza una intervención participativa, mediante un “contrato” se establecen una serie de derechos y deberes que tiene el usuario, y es en este caso lo que facilita disminuir el consumo de estupefacientes.

En 2014 se realizan ayudas de urgencia para alimentación, y se tramita la posibilidad de arreglo de vivienda para obtención de agua caliente. Tras varios meses, la auxiliar descubre que el hijo menor maltrata al padre, y que sufre ludopatía, se producen problemas de convivencia que se procuran solventar mediante la separación de padre e hijo en la convivencia, pero ninguno de los dos acepta, y se muestran reacios a la posibilidad de aceptar alguna de las soluciones que se proponen. La situación se mantiene en altos y bajos hasta 2019, aunque se siguen proporcionando ayudas de alimentación, suministros y alquiler, a su vez se realizan varios intentos fallidos de tratamiento psíquicos en ambos.

En 2019 acude el hijo mayor del usuario a informar que su padre y su hermano ya no viven juntos, muestra imágenes del estado actual del piso, se encuentra en condiciones insalubres. Se cita al usuario lo antes posible para ver en qué condiciones se encuentra, ya que se alarma de la vuelta al consumo del alcohol y estupefacientes. El usuario acude a la cita cuatro días después del contacto con su hijo mayor, es imposible hablar con él.

En coordinación con el trabajador social del centro de salud, a finales de febrero se produce la visita domiciliaria en conjunto, la vivienda se encuentra en condiciones de inhabilitación, ropa acumulada por el suelo, iluminación mediante el uso de velas, riesgo de incendio debido a la acumulación de aceite y grasa en la placa de cocina, no se produce el uso correcto del frigorífico y lavadora, el baño se encontraba impracticable, y las condiciones de alimentación insalubres, como único alimento se da el arroz. Tras esta visita el Trabajador Social se pone en contacto con el hijo mayor, muestra gran preocupación debido a la situación que mantiene, pero niega la posibilidad de hacerse cargo de él debido a la historia familiar de maltrato, violencia, consumo.... y se comenta la posibilidad de incapacitación judicial para ingreso en una residencia, que cubriría lo necesario en cuanto a salubridad.

A principios de mayo, ATENZIA informa vía email del corte de la prestación del servicio TA debido al corte de luz por impagos.

En junio se concierta una cita con el hijo mayor, a quién se le informa de que se ha llevado a cabo en el trámite de la incapacidad, se produce firma en la comparecencia de incapacidad.

- Se tramita la incapacidad judicial como último recurso, para la promoción de la autonomía del usuario se han tratado de realizar diferentes propuestas de intervención, pero para el bienestar del individuo la mejor intervención se trata de conseguir la incapacidad judicial, que se pone en marcha mediante un diagnóstico clínico y un diagnóstico social. El proceso de intervención todavía se mantiene abierto, no se obtienen más datos.

Conclusiones

Verificación de las hipótesis

Tras elaborar cinco hipótesis relacionadas con el diagnóstico social, el trabajo social y la salud mental, sobre nuestro proyecto de investigación procedemos al contraste de estas en función de nuestros resultados.

Primera hipótesis: El diagnóstico social es fundamental para una buena praxis de los trabajadores sociales.

Esta hipótesis queda confirmada. En base a los resultados obtenidos en las entrevistas de carácter cualitativo realizadas, se puede observar como todos los entrevistados confirman que para la buena praxis del trabajo social es necesaria la realización del diagnóstico social en todo tipo de casos, destacan que para poder intervenir con un usuario en trabajo social es necesario conocer todos los aspectos de la vida de un usuario, los cuales no se pueden separar y deben estudiarse en conjunto, y la mejor forma diseñada para ello es el diagnóstico social.

Como se observa en ambas historias de vida, la realización de los diagnósticos sociales es lo que permite planear y a partir de ello intervenir, pudiendo tramitar los procesos pertinentes y solicitar las ayudas que necesitan los usuarios.

Hemos podido comprender que el diagnóstico social es igual de importante que cualquier otro diagnóstico, ya con su realización se puede dibujar un mapa sobre el entorno y vida del usuario, entendiendo cuáles son sus capacidades y carencias para poder realizar una planificación adecuada que permitirá conocer cuál será la intervención adecuada.

Segunda hipótesis: El diagnóstico social no se realiza en todos los centros, ya que hay ámbitos de trabajo más centrados en el diagnóstico clínico.

Podemos decir que esta hipótesis no se verifica ya que todos los profesionales de la muestra afirmaron que en sus diferentes ámbitos y centros realizan un diagnóstico social de todos los casos que llevan. Y manifiestan que la no realización del diagnóstico social significa la imposibilidad de actuación. No se puede intervenir sin la existencia de un diagnóstico donde se describa la situación con la que se ha de trabajar, sería trabajar a ciegas, sin una base, no existiría forma de saber cuáles son las necesidades y demandas del usuario, por lo que no se intervendría correctamente. Además, en las historias de vida se observa como un recurso muy reincidente, capaz de acelerar procesos de intervención.

Cada centro crea su propio diagnóstico, de una forma u otra, que se utilizará para analizar los puntos que más interesen teniendo en cuenta el ámbito en el que se realizan, para poder intervenir conforme a la institución y las oportunidades que estas ofrecen.

Tercera hipótesis: El diagnóstico social es una herramienta de intervención más que de planificación, no existe un método concreto para realizarlo.

Esta hipótesis no queda confirmada. Los profesionales definieron claramente el diagnóstico social como una herramienta de planificación que permitirá posteriormente realizar una intervención, siguiendo dicho plan de actuación.

Además, comparten un método común, que, aunque varíe en cuanto a la aplicación y la forma de recogida de los datos, sí que comparte una base. La entrevista inicial, donde se realizará una recogida de datos acerca del usuario que permitirá encontrar las primeras necesidades. A partir de dicha entrevista se realizarán una serie de pasos, como son escalas de valoración, diagnóstico abierto o un prediagnóstico, que varían en función de la institución pero que compartirán un objetivo común, que consiste en la recogida de datos acerca del usuario que faciliten la comprensión de su situación.

Cuarta hipótesis: El diagnóstico social está infravalorado por parte de otros profesionales del equipo multidisciplinar.

Tras la realización de las entrevistas pudimos observar que esta hipótesis queda sin confirmar. Los profesionales entrevistados muestran que el diagnóstico social en la mayoría de las ocasiones no es infravalorado por los demás profesionales, así como nos planteamos, de forma errónea, en un primer momento, siendo una de las motivaciones de la elección de esta investigación.

Hubo un par de afirmaciones acerca de que el diagnóstico social no recibe el mismo trato ni credibilidad en comparación al diagnóstico clínico. Y eso se adjudica a la jerarquización de algunas instituciones donde hay profesionales con mayor poder, donde los trabajadores sociales no refuerzan su propia posición. Y además a la falta de recursos hacia el trabajo social, lo que en muchas ocasiones impedita el cumplimiento de las intervenciones aun con la existencia de un buen diagnóstico.

Pero el resto de profesionales entrevistados consideran que tienen un buen trabajo en red en el que el diagnóstico social es considerado como igual al resto de diagnósticos

Quinta hipótesis: El diagnóstico social puede ser decisivo en la evolución de las personas que padecen una enfermedad mental para su adaptación y calidad de vida.

Esta hipótesis queda confirmada. A partir de los análisis de las historias de vida de los usuarios planteados se puede observar cómo se realiza un seguimiento, incorporando al diagnóstico la información pertinente en cada momento. Así como también se brindan una serie de recursos para el bienestar de estas personas a partir de la realización de diagnósticos sociales que permiten justificar la ejecución de ciertos trámites para la mejora en la evolución de la vida del usuario junto a la enfermedad de salud mental.

Limitaciones del estudio

Otros aspectos a destacar y de gran importancia son las limitaciones encontradas. Se basan en dos aspectos, por un lado, el desconocimiento en la metodología exploratoria mediante historias de vida. La escasa realización de investigaciones mediante esta técnica provoca la dificultad obtenida a la hora de expresar la información que se considera importante en cada caso. Por otro lado, también se presentaron dificultades a la hora de poder acceder y conseguir este tipo de información, que, por motivos de protección de datos, y para salvaguardar la intimidad de las personas no son datos de fácil accesibilidad.

Fortalezas del estudio

Las fortalezas encontradas en el estudio se dan, por un lado, en el marco teórico donde encontramos una gran facilidad para poder obtener información y recursos bibliográficos sobre la salud mental en trabajo social y el concepto de diagnóstico social. A su vez, consideramos la innovación sobre la relación establecida del concepto de diagnóstico social como herramienta fundamental para el desarrollo de las personas que padecen un trastorno de salud mental.

Al ser una investigación de carácter teórico-práctico, se confirma la verificabilidad de la investigación, la realización de metodología de carácter cualitativo y de modo participativo ha provocado una mayor facilidad para obtener información sobre la investigación llevada a cabo.

Por último, como reflexión global sobre el tema tratado, el Trabajo Social es una disciplina que se encarga de promover el bienestar social y los cambios en la sociedad y en las personas, y es por ello por lo que desde el Trabajo Social debemos dejarnos y hacernos conocer, el resto de personas tienen que entender cuál es nuestra profesión. Debemos hacer de la disciplina una labor más práctica y menos burocrática, si queremos tener una equidad en comparación a otros profesionales. El Trabajo Social tiene luchar por que se le conozca y por ofrecer los recursos y las oportunidades de mejora de la vida de las personas.

Bibliografía y webgrafía

Aguilar, M. J. (2013). Trabajo Social: conceptos y metodología. España: Ediciones Paraninfo.

Ander-Egg, E., & Aguilar, M. J. (2001). *Diagnóstico social: conceptos y metodología*. México: Lumen Humanitas.

30

Barg, L. (2006) Lo interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Becerra, R. M., & Kennel, B. L. (2008). Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental. Argentina: Espacio editorial.

Colomer, M. (1979). Método de Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, 7, 20-30. del Trabajo Social, C. G. (Ed.). (2012). Código deontológico de trabajo social. Consejo General del Trabajo Social.

Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. C. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé*: Santiago, N°17(1),29-39.

Cury, S. P & Arias, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de “Diagnóstico social”. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Domínguez Carmona, M (1989) “Concepto de salud y enfermedad” en VV. AA. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona, Salvat.

Echegoyen, J., & Blanco, I. (2019). *Torre de Babel Ediciones*. Recuperado el 30 de marzo de 2019, de Diccionario de Psicología Científica y Filosofía: <https://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Metodo-Hipotetico-Deductivo.htm>

Entralgo, P. L. (1982). *El diagnóstico médico*. Barcelona: Salvat Editores S.A.

García López, R. (2004), “Salud Mental Comunitaria. ¿Una tarea interdisciplinar?”, Cuadernos de Trabajo Social, vol. 17, pp. 273-287.

Gough, I., & Doyal, L. (1994). Teoría de las necesidades humanas [translated from English by J. Antonio Moyano and A. Colas].

Hamilton, G. (1923). Progress in social case work. Some changes in social case work. In National Conference on Social Welfare (pp. 334-337).

Hamilton, G. (1946). Principles of social case recording.

Hamilton, G. (1951). Teoría y práctica del trabajo social de casos. La Prensa Médica Mexicana.

Herráiz, E. D., & de Castro, P. F. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. Cuadernos de trabajo social, 26(2), 431-443.

Hollis, F. (1954). Casework diagnosis—what and why? *Smith College Studies in Social Work*, 24(3), 1-8.

- Hollis, F., & Woods, R. (1964). *Casework: A Psycho-social Process*.
- Ituarte, T. (1992). Amaya "Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico" Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid.
- Jones, G. R. (1983): Life history methodology. En G. Morgan (Ed.), *Beyond Methods*. California: Sage.
- JP, K., & RL, K. (1991). *Learning clinical reasoning*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Revista IIPSI facultad de psicología UNMSM, 9(1), 123-146. Recuperado el 28 de mayo de 2019 de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf
- Maslow, A. H. (1985). *Motivación y Personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Miranda, M. y Garcés, E. (1998). "Trabajo Social en Salud Mental". En: Organizaciones de Bienestar. Zaragoza: Ediciones Mira.
- Miranda, M., Garcés, E. & add (2015) Lo social en la salud mental (I): Trabajo Social en Psiquiatría. En: Zaragoza: PUZ.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 4 de junio de 2019, de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Pérez Porto, J., & María, M. (Publicado: 2008. Actualizado: 2012.). *Definicion.de*: Recuperado el 1 de abril de 2019, de Definición de diagnóstico: <https://definicion.de/diagnostico/>
- Pérez Serrano, G. (2000) Investigación cualitativa: Retos e interrogantes. En Técnicas y análisis de datos (3ª. ed.) Madrid: Editorial La Muralla, S.A.
- Perlman, H. H. (1968). Can Casework Work? *Social Service Review*, 42(4), 435-447.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23ª ed.). España: Espasa. Recuperado el 1 de abril de 2019, de <https://dle.rae.es/?id=De9TnL8>
- Richmond, M. (2007). Diagnóstico social (1.ª ed., 1917, Título original: Social diagnosis. Traducción; TRIDIOM ed.). Madrid: Siglo X
- Richmond, M. E. (1917). Social diagnosis. Russell Sage Foundation. Recuperado 2 el abril de 2019, en History of Social Work <https://www.historyofsocialwork.org/PDFs/1917,%20Richmond,%20Social%20Diagnosis%20OCR%20C.pdf> Richmond, M. E. (1995). *El caso social individual. El Diagnóstico Social*. Madrid: Talasa.
- SIERRA BRAVO (1995). Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. Paraninfo, Madrid. 705 p.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1984). Qualitative research method: The search for meanings. New York: John Wiley.
- Turner, F. J. (Ed.). (1983). Differential diagnosis and treatment in social work. Simon and Schuster.

Anexos

Anexo 1: Guiones de entrevistas realizadas

Guion de entrevista a Entrevistados

32

- **Presentación del profesional**
- **Datos sociodemográficos**
 - Nombre
 - Edad
 - Trabajo
 - Ámbito
 - Experiencia
- **Concepto de diagnóstico social**
 - ¿Qué es el diagnóstico social?
 - ¿Como es el diseño del propio diagnóstico social?
 - ¿Por qué se realiza el diagnóstico social?
- **Funcionamiento del diagnóstico social**
 - ¿Cómo funciona el centro?
 - ¿Se realiza diagnóstico social?
 - ¿Se realiza trabajo en red?
- **Metodología de trabajo**
 - ¿Cómo se realiza el diagnóstico?
 - ¿Cuándo se realiza el diagnóstico?
 - ¿Qué importancia tiene el diagnóstico social a la hora de la toma de decisiones?
- **Importancia del diagnóstico social en la evolución de los casos**
 - ¿En qué momentos se realiza el diagnóstico social?
 - ¿El diagnóstico social influye en la evolución de los casos de salud mental?
- **Percepción de utilidad del diagnóstico**
 - ¿En qué puede influir el diagnóstico social en un hospital?
 - ¿Qué percepción tienen otros profesionales sobre el diagnóstico social?
 - ¿El diagnóstico social está reñido con la existencia de recursos?
 - ¿Crees que se le da la importancia suficiente al diagnóstico social frente al clínico? Si es que no, ¿por qué?
- **Aportaciones**
 - ¿Crees que hay algún aspecto a destacar o algo más para añadir? (En caso afirmativo, ¿cuál?)

Posibles preguntas para entrevistas:

- Nombre, edad,
- Profesión, cuanto tiempo en la profesión, especialidad, lugar de trabajo
- ¿Qué es el diagnóstico social?
- (Si es un CMSS, Fundación u hospital que nos hable por encima del funcionamiento)
- diseñáis vuestro propio diagnostico
- Se realiza el diagnóstico, como, se tiene en cuenta

- Por qué se realiza un diagnostico social, en que momentos
- En un hospital, en que puede influir el diagnostico social
- Se trabaja en equipo multidisciplinar o en red, a la hora de tomar decisiones se tiene en cuenta el diagnóstico, importancia del diagnóstico clínico, influye en la toma de decisiones
- Si no se trabaja en equipo como
- Se utiliza el diag., los demás profesionales lo ven útil
- El diagnostico social influye en la evolución de los casos de los usuarios con salud mental
- Importancia de realizarlo, a la hora de tomar decisiones
- **El diagnostico social está reñido con la existencia de recursos. Relación diagnostico -recursos**
- **Si el diagnostico social está más centrado en el desarrollo de la persona que el clínico**
- **¿Es que no se hace caso al diagnóstico o que no hay recursos?**